

**CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE**  
pour les Activités Sportives  
**COMPULSORY MEDICAL CERTIFICATE**  
*for sport*

Je soussigné, \_\_\_\_\_  
*I, the undersigned*

Docteur en médecine  
*Doctor of medicine*

certifie que M, Melle \_\_\_\_\_  
*certify that Mr, Ms*

ne présente aucune contre-indication à la pratique de la course à pied (ou athlétisme), la course d'orientation, le cyclisme, la natation ou le triathlon en compétition  
*does not present contraindication to the practice of running (or athletics), orienteering, cycling, swimming or triathlon in competition*

Le \_\_\_\_\_  
*Date*

Signature et cachet du médecin  
(obligatoire ou n° d'inscription à l'ordre des médecins)  
*Doctor's signature and stamp (compulsory)*